



Psychosomatische
Fachklinik Münchwies

Münchwieser Hefte

Heft Nr. 3

Die Angststörung

Reihe Konzepte

Herausgeberin: Psychosomatische Fachklinik Münchwies
Chefärztin
Dr. med. Monika Vogelgesang
Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie
Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin,
Rehabilitationswesen
Turmstraße 50-58
66540 Neunkirchen/Saar
Tel. (0 68 58) 6 91- 2 15
Fax (0 68 58) 6 91- 4 20

2. Auflage Januar 2005
ISSN 0946-7351

Münchwieser Hefte

Heft Nr. 3

*Petra Schuhler
und
Wolfgang Weich*

Die Angststörung

Behandlungskonzept
für Patientinnen und Patienten
mit Angststörungen

Reihe Konzepte

Ansprechpartnerin

Dr. phil. Petra Schuhler
Tel. 06858 691-220

oder Sekretariat der Chefärztin
Dr. med. M. Vogelgesang
Tel. 06858 691-215

Inhalt

1. Erscheinungsformen und diagnostische Hinweise	4
2. Das Angstbewältigungsprogramm	7
2.1 Zentrale Problembereiche und Therapieziele	7
2.2 Aufbau	8
3. Diagnosenverteilung in der Abhängigkeitsabteilung und der Abteilung für psychische und psychosomatische Erkrankungen	11
4. Therapeutische und organisatorische Rahmenbedingungen	12
5. Zuweisungskriterien für die Behandlung in der Psychosomatischen Abteilung und der Abhängigkeitsabteilung	13
Literatur	14

1. Erscheinungsformen und diagnostische Hinweise

Angst gehört zum Menschsein. Im Gegensatz zur normalen Angst tritt die pathologische Angst (Becker & Margraf, 2002) aber ohne unmittelbar erkennbaren oder nachvollziehbaren Anlass auf. Tatsächlich ist jedoch die Angst, die Patienten zum Arzt führt, nur der von außen sichtbare Endpunkt einer oft weit in die Kindheit zurückreichenden inneren Konfliktkonstellation, die jedoch weitgehend unbewusst ist. Typische auslösende Konflikte sind Trennungssituationen, Ambivalenzkonflikte, starke aggressive Impulse gegenüber wichtigen Bezugspersonen. Der Tod Nahe stehender ist ein sehr häufiger Auslöser für eine Angststörung.

Qualvoll präsent und oft jede Lebensfreude verdrängend wird dagegen die Angst erlebt, die den Patienten scheinbar aus heiterem Himmel überfällt oder untrennbar an bestimmte Situationen geknüpft ist, in denen sich andere Menschen bewegen, ohne nur einen Moment nachzudenken, wie etwa in Kaufhäusern, Kinos, Fußgängerpassagen.

In den gängigen Glossars (ICD 10, DSM-IV) zur diagnostischen Einordnung tauchen Angststörungen unter verschiedenen Rubriken auf:

ICD 10

F41.0 Andere Angststörungen
F41.0 Paniksyndrom
F41.1 generalisiertes Angstsyndrom
F41.2 Mischform einer Angst- und depressiven Störung
F40.0 phobische Störungen
F40.0 Agoraphobie
F40.1 Soziale Phobie
F40.2 einfache (spezifische) Phobie

DSM-IV

Panikattacken
Agoraphobie
300.01 Panikstörung ohne Agoraphobie
300.21 Panikstörung mit Agoraphobie
300.22 Agoraphobie ohne Panikstörung in der Vorgeschichte
300.29 spezifische Phobie
300.23 Soziale Phobie
300.3 Zwangsstörung
309.81 posttraumatische Belastungsstörung
308.3 akute Belastungsstörung
300.02 Generalisierte Angststörung
293.89 Angststörung auf Grund eines medizinischen Krankheitsfaktors
Substanzeninduzierte Angststörung

Ängste sind Begleiterscheinungen einer Vielzahl psychischer Erkrankungen: Bei der Zwangsstörung sogar so stark, dass das DSM-IV-Glossar den Zwang unter die Angststörungen einordnet. Oft verstecken sich „Angststörungen“ aber auch hinter „somatoformen Störungen der Atmungsorgane“ oder des „Herz-Kreislaufsystems“. Dies geschieht wohl vor allem dann, wenn der Patient die Angst „körpernah“, aber „bewusstseinsfern“ erlebt, d.h. nur die körperlichen Ausdrucksformen der Angst als Kranksein registriert, von dem dahinterliegenden Gefühl der Angst aber in seinem Erleben ganz abgeschnitten ist. In der bis 1994 größten Stichprobe von psychosomatischen Patienten im deutschsprachigen Raum (Broda et al., 1994) hatte der Anteil an Angststörungen im Diagnosespektrum psychiatrischer Erkrankungen ein Ausmaß von 12,88%. Zehn Jahre später liegt der Anteil der Angststörungen bei knapp 20% (Zielke et al. 2004).

Charakteristisch für Angstpatienten ist die „Angst vor der Angst“, d.h. dass vielleicht ein nicht beherrschbarer Angstanfall oder ein beklemmendes körperliches Symptom, etwa ein Hyperventilationsanfall, auftreten könnte. Der Verlust von Kontrolle über Gefühle und Körper verunsichern den Patienten so sehr, dass hierin ein Hauptgrund zu suchen sein dürfte für den Griff zur – scheinbar – Sicherheit gebenden chemischen Substanz: Alkohol oder Medikamente.

Alkohol und Medikamente, besonders Benzodiazepine, werden regelmäßig zur Angstbewältigung eingesetzt. Patienten, die mit der Diagnose „Angststörungen“ in unsere psychosomatische Abteilung eingewiesen werden, haben fast alle eine mehr oder weniger lange Medikamentenkarriere hinter sich. Dabei hängt es von unterschiedlichen Faktoren ab, ob es bei der Einnahme nach ärztlicher Verordnung bleibt, was – wenn die Medikamenteneinnahme über einen längeren Zeitraum erfolgt – häufig zu einer sogenannten low-dose-Abhängigkeit führt, oder ob die Betroffenen einen Missbrauch mit wahllosem Konsum verschiedenster Medikamente bei Dosissteigerung betreiben. Tatsächlich können Angstanfälle durch trizyklische Antidepressiva abgemildert werden – allerdings nicht der akute Angstanfall, sondern die vegetative Angstaufbaubereitschaft wird herabgesetzt, wenn das Antidepressivum über eine längere Zeit eingenommen wurde. Die Erwartungsangst, d. h. die diffusen Ängste vor dem Wiederauftreten von Anfällen werden jedoch nicht beeinflusst und die Antidepressiva bewirken auch keine Heilung. Sie sind auch nur in relativ hohen Dosen wirksam. Trotzdem werden sie häufig als Mittel der Wahl für die Langzeitbehandlung von Angstanfällen empfohlen. Sicher ist es ein gewisser Vorteil, wenn Antidepressiva statt der suchterzeugenden Benzodiazepine verordnet werden. Problematisch wird es jedoch, wenn die Psychopharmakotherapie mit Antidepressiva als Königsweg für die Behandlung von

Panikanfällen deklariert wird, weil dadurch die Patienten auf den falschen Weg gebracht werden. Nicht nur, dass die Patienten in ihrem organischen Krankheitsverständnis bestärkt und auf ihre Krankenrolle fixiert werden, auch die diffusen Erwartungsgänge, die das sozial behindernde Vermeidungsverhalten unterhalten, bleiben bestehen und die Motivierung für eine psychosomatische Sichtweise, die zum Erlernen aktiver Bewältigungsmöglichkeiten führt, wird erschwert (Jahrreiss, 1991).

Prädisponierend für das Entstehen von Angstanfällen ist eine individuell verminderte Angsttoleranz bei vegetativer Übererregbarkeit. Wir beobachten bei unseren Angstpatienten generell Defizite in der Gefühlswahrnehmung und im Tolerieren von Gefühlen, wobei es kaum Unterschiede zwischen negativen Gefühlen wie Wut, Angst, Ärger, Aggression oder positiven, wie zum Beispiel Freude, gibt. Deshalb ist die Einbeziehung körpertherapeutischer Methoden zur Verbesserung der Gefühlswahrnehmung und -differenzierung sowie zum Erlernen einer erhöhten Toleranz gegenüber Gefühlen wichtig, wie auch die Arbeit innerhalb der therapeutischen Bezugsgruppe ein wichtiges Übungsfeld für den Umgang mit Gefühlen in emotional bedeutsamen zwischenmenschlichen Situationen ist.

2. Das Angstbewältigungsprogramm

Therapeutische Zielsetzung. Der Patient soll Experte für seine Angst werden auf der Basis eines bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells, das er auf seine individuelle Geschichte anwenden lernt. Er soll sich dem Angstreiz dosiert und nach Anleitung, falls erforderlich, auch zunächst in therapeutischer Begleitung, aussetzen und seine Fortschritte nach und nach auf sein häusliches bzw. berufliches Umfeld ausdehnen. Schließlich erlernt er Entspannungsverfahren, die zu einer Minderung des generellen Anspannungsniveaus beitragen.

Therapieziele bestimmen die Richtung der therapeutischen Arbeit und dienen als Bewertungsgrundlage für den Behandlungserfolg. Wir unterscheiden vier Zielebenen, deren Teilziele durch unterschiedliche Behandlungsmethoden verfolgt werden:

2.1 Zentrale Problembereiche und Therapieziele

Zentrale Problembereiche der Angststörung lassen sich verschiedenen Ebenen zuordnen, auf denen die Therapieziele angesiedelt sind.

- Ebene der Beziehung zu sich selbst und zu anderen

Der Umgang mit der eigenen Person und den andern, der sich wechselseitig bedingt, wird vor allem im Zusammenleben der therapeutischen Bezugsgruppe besonders deutlich erkennbar und auch veränderbar: Angstpatienten ziehen sich typischerweise zurück, fürchten vermeintliche Blamagen in der Gruppe und geraten leicht in die soziale Isolation. Das Selbstwertgefühl ist verständlicherweise niedrig und leicht zu erschüttern: Im Rahmen der therapeutischen Bezugsgruppenarbeit verfolgen wir entsprechend folgende Ziele:

- Problematisierung des gewohnten Rückzugverhaltens im sozialen Kontext
- Überprüfung der dysfunktionalen Hypothesen über andere und sich selbst „Ich muss mit allem zurechtkommen und das kann ich nicht“.
- Nutzen der vielfältigen Möglichkeiten zum sozialen Lernen mit dem Ziel eines angstfreieren Umgangs mit anderen

- Ebene der Integration von Körperwahrnehmung und Gefühlserleben

Angstpatienten erleben ihren Körper als „aus den Fugen geraten“, rätselhaft und auf eine bestimmte Weise gegen sie gerichtet. Sie können die Körperabläufe nicht immer kontrollieren und verstehen die bedrohlichen Signale wie Luftnot, Herzrasen, Schwindel nicht richtig. Deshalb muss gerade bei Angstpatienten besonderes Gewicht auf den Bereich „Körper und Gefühle“ gelegt werden. Folgende Ziele verfolgen wir in den körpertherapeutischen Angeboten:

- Differenzierung der Wahrnehmung von Körpersignalen angemessene Zuordnung von Körperwahrnehmung und Gefühl
- Herabsetzung der Angstschwelle, den eigenen Gefühlen zu begegnen
- Günstige Adaptation der vegetativen Steuerung an Umweltbedingungen ebenso wie an emotionale oder kognitive Prozesse

2.2 Aufbau

Das Angstbewältigungstraining umfasst folgende Einzelschritte:

- Abbau des Angstvermeidungsverhaltens in angstauslösenden Situationen
- Kognitive Deeskalation des inneren Angstaufbaus

-
- Vermittlung eines bio-psycho-sozialen Erklärungsmodells der Angst, das das subjektive Erklärungsmodell des Patienten miteinbezieht
 - Entkatastrophisierung, Habituation und Gegenregulation zur Angstüberflutung und Körperpanikreaktionen
 - Generalisierung der Lernerfahrung bei der Angstbewältigung in kritischen Situationen
 - Abbau spontaner Angstanfälle, die nicht an bestimmte Situationen gebunden sind
 - „Rückfall“-prophylaxe

Das Programm ist in folgende Bausteine gegliedert:

Baustein „Informationen über Angstaufbau und -bewältigung“

Erläuterung des Teufelskreises der Angst: Dem Patienten wird ein einfaches und schlüssiges Erklärungsmodell für seine Angstzustände vermittelt, was ihm ermöglicht, seine Symptome in einem biopsychosozialen Zusammenhang neu zu bewerten. Dabei werden gemeinsam Körperübungen durchgeführt, Anleitung zur Selbstbeobachtung gegeben und in den Gebrauch des Angsttagebuches eingeführt: Ängste im Therapiealltag sollen dort protokolliert werden. Ziel des Führens eines Angsttagebuches ist die differenzierte Wahrnehmung der körperlichen Symptome, der die Angstzustände begleitenden Gedanken sowie des Verhaltens, genauer Vermeidungsverhaltens. Die Patienten werden zum Einsatz der Körpercheck-Liste angeleitet, die die Deeskalation der Angstentwicklung entscheidend beeinflussen kann. „Hausaufgaben“ werden gegeben, bspw. Erstellen einer Angsthierarchie und Führen des Angsttagebuchs.

Baustein „Kognition-Emotion-Vermeidungsverhalten“

Die Vermittlung des biopsychosozialen Stressmodells steht im Vordergrund und die Bedeutung der auf psychische Belastungen zurückgehenden chronischen Anspannung bei der Entstehung bzw. Aufrechterhaltung von Angst wird demonstriert. Das Modell wird jeweils auf den Einzelfall angewandt. Dabei spielen Energiebereitstellungsreaktion und Spannungsabfuhr-Übungen eine große Rolle. Alternative Bewältigungsstrategien wie Aufmerksamkeitsumleitung und Atemübungen werden erläutert und eingeübt. Schließlich wird das Angsttagebuch ausgewertet als Vorbereitung auf Expositionsübungen im Klinikrahmen und später auch außerhalb des schützenden Klinikgeländes. Das Vermeidungsverhalten wird als Entwicklungshemmnis diskutiert.

Baustein „Expositionsübungen“

Das Durchsprechen des Angsttagebuches läutet das Sich-Konfrontieren mit der Angst ein. Individuelle Auswertung der Expositionsübungen und Vorbereitung auf weitere Übungen nehmen großen Raum ein. Konfrontationsübungen als Hausaufgaben bewirken eine zunehmende, auch physiologische Adaptation an die früher unkontrollierbar erscheinenden Angstsituationen. Wieder kommt es auf die Bearbeitung des Vermeidungsverhaltens an. Vermeidungsverhalten hält die Angst aufrecht – diese Einsicht muss den Patienten vermittelt werden. Die Hyperventilationsübung dient als Demonstration eines körperlichen Stressors, an die sich das Identifizieren dysfunktionaler Kognitionen anschließt, wie z. B. Katastrophen-Denken. Schwarz-Weiß-Denken, absolutistisches Denken. Dabei wird das Ziel verfolgt, eine Neubewertung der Symptome zu erreichen sowie alternative Bewertungsmöglichkeiten in Betracht zu ziehen und Denk- und Interpretationsschemata zu verändern. Das Durchsprechen des Angsttagebuches mit weiteren Expositionsübungsvorbereitungen fasst noch einmal die wesentlichen Mechanismen zusammen.

Baustein „Vermeidungsverhalten abbauen und Realitätstransfer“

Mögliche Bewältigungsstrategien werden gesammelt als weitere Arbeit am Vermeidungsverhalten. Die intensive Bearbeitung noch vorhandener Fehlinterpretationen schließt sich an. Zentrales Thema ist die Funktionalität der Angst mit dem Stichwort „Was hat sie mir – trotz aller Leiden und Beschwerden – auch gegeben?“ Die Vorbereitung auf den Umgang mit möglichen „Rückfällen“ steht am Ende des Programms.

In der psychosomatischen Abteilung bearbeiten wir oft einen weiteren Schwerpunkt in der Therapie von Angststörungen, nämlich den schädlichen Gebrauch von Alkohol und/oder suchtpotenten Medikamenten. Dazu wird ein seit Jahren erprobtes strukturiertes psychotherapeutisches Gruppenprogramm eingesetzt, das folgende Ziele mit den Patienten anstrebt:

- Erkennen angstauslösender Kognitionen und Emotionen, die bislang durch Alkohol und/ oder Medikamente erträglicher gemacht wurden
- Problematisierung des vermeintlichen Schutzeffekts durch das favorisierte Suchtmittel
- Erarbeiten von Alternativen zu den chemischen „Helfern“

3. Diagnosenverteilung in der Abhängigkeitsabteilung und der Abteilung für psychische und psychosomatische Erkrankungen

Patienten der Abhängigkeitsabteilung und Patienten der psychosomatischen Abteilung wurden auf die Häufigkeit von Angststörungen hin untersucht. Erfragt wurden Angstanfälle nach operationalisierten Kriterien auf der Basis eines Fragebogens (Margraf & Schneider, 1990). Bei Alkoholikern konnte ein sehr hoher Prozentsatz mit gleichzeitiger Angststörung nachgewiesen werden. Bei 20 % der Patienten der psychosomatischen Abteilung und bei 16 % der Patienten in der Abhängigkeitsabteilung zeigten sich vollständige Angstanfälle, d.h. eine diagnostisch relevante Angststörung. Bei näherem Nachfragen wurde sehr deutlich, dass Suchtpatienten die gleichzeitig bestehende Angstproblematik von sich aus häufig nicht ansprechen oder herunterspielen, was sicher zum Teil mit ihrer Patientensozialisation als Alkoholiker zu tun hat, („Ihr Problem ist der Alkohol“), die auf fatale Weise mit der Haltung des Patienten zusammentrifft, außer dem Alkohol keine weiteren Probleme zu haben bzw. keine haben zu wollen.

Hinzu kommt, dass eine Angstsymptomatik sich meist mit Klinikeintritt in dem als sicher identifizierten Umfeld bessert. Patienten der psychosomatischen Abteilung berichten darüber meist erleichtert, wissen aber häufig schon aus Vorerfahrungen, dass das mit der Kliniksituation zu tun hat. Alkoholiker dagegen neigen dazu, alles dem Alkohol zuzuschreiben („Alkohol weg – alles gebessert“) mit der Gefahr, die Entwöhnungstherapie nur auf das Alkoholproblem ausgerichtet zu durchlaufen und die mehr oder weniger ausgeprägte Angstsymptomatik erst nach der Entlassung verstärkt wieder zu erleben. Bemerkenswert in diesem Zusammenhang ist auch der starke Glaube von Alkoholikern an die absolut sichere Wirkung des Alkohols gegen Angstzustände, wohingegen Angstpatienten aus der psychosomatischen Abteilung eher Medikamente eingesetzt hatten und auch weniger an die Zuverlässigkeit der Wirkung glaubten.

4. **Therapeutische und organisatorische Rahmen- bedingungen**

Die Therapie der Angststörungen stützt sich auf vier Säulen im Behandlungsprogramm

- das therapeutische Bezugsgruppenmodell, das die große Klinik in überschaubare, quasi-familiäre Einheiten aufteilt (s. Therapeutisches Gesamtkonzept)
- den indikativen Therapiebaustein „Angstbewältigung“
- die körpertherapeutischen Angebote
- die besondere Beachtung des Alkohol- und/oder Medikamentenmissbrauchs (nicht Abhängigkeit) in der psychosomatischen Abteilung

Angstpatienten profitieren davon in vierfacher Weise:

- Die indikative Gruppe „Angstbewältigung“ vermittelt das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell der Angst und den Teufelskreis, wie sich durch Erwartungsangst und das Vermeidungsverhalten die Angst von selbst aufschaukelt. In der Gruppe werden situativ wirksame Angstbewältigungsstrategien vermittelt und behutsam die Konfrontation mit der Angst vorbereitet, durchgeführt und ausgewertet.
- Das dichte, therapeutische begleitete Miteinander in der Bezugsgruppe schafft emotional bedeutsame Situationen, die sowohl für eine bedingungsanalytische Diagnostik auf der Mikroebene nutzbar gemacht werden können, als auch vielfältige Möglichkeiten der therapeutischen Intervention bieten. 12 Patienten (Männer und Frauen) bilden eine Bezugsgruppe, d.h. sie wohnen auf einem Flur und nehmen gemeinsam an der interaktionellen Gruppenpsychotherapie teil. Die Bezugsgruppe durchläuft aber auch wichtige Elemente der Ergo- und Sporttherapie gemeinsam, so dass ein erweitertes Erfahrungs- und Lernfeld entsteht, das in den gesamten therapeutischen Prozess integriert wird. Realitätsnähe statt steriler Künstlichkeit im therapeutischen Setting erleichtert Veränderungsprozesse und fördert den Transfer des Gelernten auf die poststationären Lebenswelten des Patienten, in denen sich beweisen muss, wieweit die Therapieerfolge reichen werden.
- Die körpertherapeutischen Angebote bringen Gefühl einerseits und körperliche Reaktion andererseits in Einklang. Wichtig dabei ist zu lernen, Gefühle

wahrzunehmen, zu differenzieren und in ihrer Bedeutung zu verstehen. Hierher gehört auch die Musiktherapie, die mit dem Medium „Musik“ neue Zugänge zu oft verschütteten Lebensquellen wie Kreativität und Ausdruckskraft schafft.

- Die indikative Gruppe „Umgang mit Alkohol und Medikamenten“ beschäftigt sich gezielt mit der Angstbewältigung durch Suchtmittel. In der gruppentherapeutischen Arbeit wird den Zusammenhängen nachgespürt, die den Patienten lieber zum chemischen Helfer greifen ließen, statt sich „menschlichen Sprungtöchern“ anzuvertrauen und sich bei Freunden oder dem Partner Rat und Trost zu holen (Schuhler & Baumeister, 1999).

5. Zuweisungskriterien für die Behandlung in der Psychosomatischen Abteilung und der Abhängigkeitsabteilung

In beiden Abteilung stehen Therapieplätze für Patienten mit Angststörungen zur Verfügung. In der Psychosomatischen Abteilung werden auch die Patienten behandelt, die noch keine manifeste Suchtmittelabhängigkeit aufweisen, bei denen sich aber ein Alkohol- oder Psychopharmakaabusus entwickelt hat. Für die Suchtmittelabusustherapie bei psychischen oder psychosomatischen Grunderkrankungen wurde in der Psychosomatischen Abteilung ein störungsspezifisches Programm entwickelt (s. Konzept „Der Alkohol- und Medikamentenmissbrauch bei psychosomatisch gestörten Patienten“). In der Abhängigkeitsabteilung werden Suchtkranke behandelt, bei denen sich außer der Abhängigkeit eine Angststörung entwickelt hat.

Literatur

Becker, E., J. Margraf (2002) Generalisierte Angststörung Weinheim Beltz pvn

Broda, M., Braukmann, W., Dehmlow, A., Kosarz, P., Schuhler, P., Siegfried, J., Zielke, M. (1994) Epidemiologische Daten zur Beschreibung des Klientels Psychosomatischer Kliniken – Eine Auswertung von 10 Jahren Basisdokumentation. In Fachausschuss Psychosomatik (Hrsg.): Verhaltensmedizin heute. Basisdokumentation Psychosomatik. Schriftenreihe des Wissenschaftsrates der AHG.

Jahrreiss, R. (1991) Wege aus der Angst. Münchwieser Hefte, 11, 5 – 13.

Margraf, J., Schneider, S. (1990) Panik. Berlin: Springer.

Schuhler, P., Baumeister, H. (1999) Kognitive Verhaltenstherapie bei Alkohol- und Medikamentenmissbrauch. Weinheim: Beltz pvn.

Zielke, M. et al. (2004) Ergebnisqualität und Gesundheitsökonomie verhaltensmedizinischer Psychosomatik in der Klinik. Lengerich: Pabst.

Die „Münchwieser Hefte“ werden von der Klinik seit 1985 herausgegeben. Im wesentlichen sind darin die Referate der jährlich stattfindenden Münchwieser Symposien niedergelegt, ein Sonderheft enthält Informationen für Angehörige von Suchtpatienten.

Neu eingeführt wurde die Reihe „Konzepte“ der Münchwieser Hefte. In dieser Reihe haben wir seit 1996 begonnen, Behandlungskonzepte einzelner Therapiebausteine, die bisher in unterschiedlicher Form und Ausführung vorlagen, zusammenzufassen.

Das Gesamtkonzept der Klinik erscheint weiterhin in der bisherigen Form, d. h. außerhalb dieser Reihe. Es kann – wie die Münchwieser Hefte und die Reihe Konzepte der Münchwieser Hefte – in der Klinik angefordert werden.

In der Reihe sind bisher erschienen:

Heft 1 – Pathologisches Glücksspielen

Heft 2 – Stationäre Rückfallprävention als Auffangbehandlung

Heft 3 – Angststörungen

Heft 4 – Der chronisch Kopfschmerzkranke

Heft 5 – Anorexia/Bulimia nervosa

Heft 6 – Adipositas permagna

Heft 7 – Sexueller Missbrauch

Heft 8 – Aggressive Störungen

Heft 9 – Frauenspezifische Therapieangebote

Heft 10 – Männerspezifische Therapieangebote

Heft 11 – Depression

Heft 12 – Schädlicher Gebrauch von Alkohol und Medikamenten

Heft 13 – Einführungstraining in die Psychosomatik

Heft 14 – Medikamentenabhängigkeit

Heft 15 – Behandlungskonzept „Problembewältigung am Arbeitsplatz“